

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE MENTAL COLETIVA

JOICE GUERRA ZORZI

**ENTRE O CAPSi E CAPSAD:
A produção das ausências no cuidado para as juventudes negras e
periféricas que fazem uso prejudicial de drogas**

Porto Alegre
2021

Joice Guerra Zorzi

**ENTRE O CAPSi E CAPSAD:
A produção das ausências no cuidado para as juventudes negras e
periféricas que fazem uso prejudicial de drogas**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, como requisito parcial para a obtenção do grau de especialista em Saúde Mental Coletiva.

Orientadora: Esp. Marlete Andrize de Oliveira

Porto Alegre
2021

Joice Guerra Zorzi

**ENTRE O CAPSi E CAPSAD:
A produção das ausências no cuidado para as juventudes negras e
periféricas que fazem uso prejudicial de drogas**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, como requisito parcial para a obtenção do grau de especialista em Saúde Mental Coletiva.

Aprovado em ____ de _____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Esp. Marlete Andrize de Oliveira
Orientadora

Esp. Camila Baialardi Gomes
Parecerista

Me. Sara Jane Escouto dos Santos
Parecerista

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Marlete Andrize Oliveira, que com sensibilidade soube me mostrar caminhos para a escrita. Sem Marlete, este texto não teria acontecido. Esta escrita não é individual. Ela nasce dos encontros. E ter encontrado Marlete, sem dúvidas, foi uma das grandes potências que este percurso me proporcionou.

Agradeço à minha mãe, Cleci, e ao meu pai, Jair. Sem o amor e o apoio de vocês, nada disso estaria acontecendo. Sou grata, por toda a minha vida. À Luiza, minha companheira de vida, que esteve ao meu lado, dando o suporte que me manteve em movimento nos dias difíceis.

À Diane e Jonatas, minha família em Porto Alegre. Compartilhar a morada com vocês nestes tempos pandêmicos foi fôlego e afeto.

À Renata e à Vanessa, amigas irmãs, que são base firme e acolhimento. Aos colegas e amigos que trago da residência, em especial Duda, Jana, Lauren, Moisés e Thiago. Compartilhar essa jornada com vocês é uma das maiores alegrias que tive.

À todas as pessoas que fazem a Residência em Saúde Mental Coletiva seguir sendo potência e resistindo aos desmontes e ataques à saúde e educação públicas. Ensinar com afeto e coragem inspira a seguir na luta.

Às tutoras do núcleo de Terapia Ocupacional, que nos acolheram e ajudaram a pensar caminhos. Levo comigo um tanto de cada uma de vocês. Aos cenários que me acolheram durante este percurso: AT na Rede, Gestão Municipal de Saúde da População em Situação de Rua, UBS Chácara da Fumaça e CAPS AD Sul Centro-Sul. Agradeço às pessoas que cruzaram meu caminho nestes espaços. Cada usuária, usuário e colega de equipe me ensinou muito mais do que eu poderia desejar. Obrigada por tanto!

À todas e todos que seguem na luta pela construção de uma sociedade menos desigual.

Por fim, às juventudes, que em sua potência de vida, nos permitem sonhar futuros.

*Conheci Carla catando lata
Seus olhos brilhavam
Como alumínio ao sol
São Paulo ardia
Num calor de quase quarenta graus
Pisou na lata
Como pisam os policiais
Nos internos da Febem
Jogou no saco
Com a precisão que os
Internos jogam
Monitores dos telhados
E rápido foi embora,
Tal qual sequestro relâmpago
Deixando a lembrança
De um tempo que
Não havia sequestros,
Febem,
Nem tanta polícia,
Muito menos catadores de lata,
Os olhos de Carla
Nem desse poema precisavam.*

(Miró da Muribeca)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Álcool e Outras Drogas
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial e Álcool e Outras Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Tipo I
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial Tipo II
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial Tipo III
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSi _j	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBEM	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
FUNABEM	Fundação de Bem-Estar do Menor
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de residência intenciona discorrer sobre as ausências no cuidado de juventudes negras dentro da Rede de Atenção Psicossocial. As vivências em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas no município de Porto Alegre, enquanto residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul impulsionaram as questões levantadas no texto. Ao longo do trabalho, são identificados os processos históricos e sociais que produziram um lugar à margem para as juventudes negras no cuidado em saúde mental. Aponta-se que a produção destas ausências alinha-se à um projeto de necropolítica, levado à cabo pelo Estado através da manutenção de estruturas coloniais racistas. São feitas considerações sobre o quanto esta estrutura é reproduzida nos espaços tradicionais de cuidado em saúde mental, entendidos neste trabalho enquanto os CAPS. Por fim, busca-se fazer uma reflexão sobre as possibilidades na produção de um cuidado alinhado às demandas da juventude que faz uso prejudicial de drogas.

SUMÁRIO

1. TORNAR O OLHAR SENSÍVEL: A AUSÊNCIA PRECISA SER VISTA	9
2. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A JUVENTUDE: QUANDO A AUSÊNCIA SE FAZ NO CORPO DA LEI	12
2.1. Sobre as políticas de saúde mental	15
3. ENTRE ADOLESCÊNCIAS BRANCAS E JUVENTUDES NEGRAS: O ABISMO É PROJETO	17
4. SOBRE AS AUSÊNCIAS DENTRO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A PRODUÇÃO DE UM LUGAR À MARGEM	23
5. A JUVENTUDE COMO POTÊNCIA: APONTAMENTOS PARA UM CUIDADO POSSÍVEL	33
6. REFERÊNCIAS	37

1. TORNAR O OLHAR SENSÍVEL: A AUSÊNCIA PRECISA SER VISTA

Há muitas formas de falar da ausência. De acordo com o dicionário Priberam da Língua Portuguesa, ausência pode significar, dentre outras coisas, o “estado ou a circunstância de não estar presente”, “carência”. Dessa forma, é possível dizer, de acordo com o léxico, que a ausência diz de algo que não está, algo que falta.

Para as artes e a literatura, por exemplo, a ausência pode ser objeto de poética. Uma ausência que faz da falta produção estética. Fernando Catroga, historiador português, vai falar da “poética da ausência” como o reconhecimento de códigos e simbologias que fazem presentificar aquilo que já não existe mais enquanto materialidade no presente. Para o autor, ao dizer das ausências, luta-se contra o esquecimento e o apagamento da história (Silva et al, 2017).

O tema da ausência também está presente nas teorias acerca do binômio saúde-doença. A saúde, enquanto território conceitual, foi entendida (e arrisco-me a dizer, ainda é, por alguns nichos) como a ausência de doença. Em 1948, A Organização Mundial da Saúde, em tentativa de buscar uma definição que extrapolasse a noção de que saúde é o estado de ausência de doença, vai dizer que a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social. Conceito que, mesmo avançado para a época, é discutível e não condiz com condições reais da diversidade das produções, entendimentos e significados sobre a saúde. (Souza e Silva et al, 2019).

Não pretendo fazer desta escrita um compilado sobre a ausência, é fato. Porém, ao fazer esse breve passeio sobre algumas considerações acerca da ausência, quero dizer que este será um dos temas centrais deste trabalho. Primeiro, porque esta escrita parte das afetações possíveis enquanto residente nos últimos dois anos e é preciso dizer que 2020 tem sido um ano onde as ausências estão manifestas no cotidiano de minha formação.

A vida online amplificada pela pandemia reduziu e modificou a forma como nos encontramos e nos pensamos enquanto sujeitos que trabalham com saúde mental. Como um paradoxo contemporâneo, as aproximações são possíveis com distanciamento. Precisamos pensar em formas de estar junto flertando com a ausência de corpo.

Segundo, porque o trabalho na política pública em saúde mental nos coloca a

pensar nas ausências produzidas pelo Estado, estas nada poéticas. Ausência de condições dignas de vida que, entendidas enquanto determinantes e condicionantes de saúde, são produtoras de sofrimento psíquico.

Por fim, porque é preciso olhar para a ausência de determinados corpos nos serviços de saúde mental para podermos construir uma perspectiva de clínica capaz de acolher a diversidade. E é neste ponto que preciso contextualizar com maior objetividade o que me traz a este texto.

Em março de 2020, escolho como cenário de prática um dos CAPS AD III que constam como cenários parceiros da Residência em Saúde Mental Coletiva. Como ao longo da graduação em Terapia Ocupacional e durante o primeiro ano de residência tive pouco contato com a clínica de álcool e outras drogas, julguei ser este um cenário importante para compor minha trajetória formativa.

Após cerca de dois meses de afastamento das atividades presenciais devido ao contexto de pandemia, começo a ingressar no campo, indo ao serviço apenas uma vez na semana. Esta redução significativa da presença no CAPS produziu (e ainda produz) muitos afetamentos que me provocam a pensar sobre o lugar dos dispositivos de saúde mental em meio a uma das maiores crises sanitárias que minha geração vive. Ainda, poder exercer o direito ao afastamento quando boa parte da população não pode acessar o mesmo nos traz ao pensamento as condições desiguais de enfrentamento à pandemia, que tornaram a possibilidade de cuidado um privilégio acessado por poucos.

Neste sentido, a formação em serviço nos dá condições de poder pensar a clínica e a gestão em saúde mental a partir das experiências reais dos serviços, concatenadas aos contextos socioculturais dos sujeitos e territórios que estes espaços acolhem e abrangem. Nos permite vivenciar aquilo que flui enquanto potência na produção de cuidado, mas também aquilo que enrosca nos nós dos tantos fios que compõem a rede de atenção psicossocial. Como Terapeuta Ocupacional, tenho construído formas de fazer e pensar a clínica a partir das potências, individuais ou coletivas. Mas, é preciso dizer que também aprendi a olhar para o que não flui, para o que está emaranhado, para as ausências, que são tão importantes quanto as potências.

Depois de algumas semanas podendo vivenciar os processos de trabalho no CAPS, mesmo que de maneira entrecortada, começo a observar algumas

particularidades da clínica em álcool e outras drogas, mas também as dimensões ampliadas do cuidado, estas, cabe salientar, estruturais. E é então que as ausências saltam ao olhar. Muitas podem ser elencadas, assim como tantas são as potências. Todavia, uma delas chama minha atenção. Não uma ausência específica do serviço, mas algo que está em diversos pontos da rede: qual o lugar de cuidado para adolescentes que fazem uso prejudicial de drogas? Considerando que os CAPS AD são serviços projetados para demandas de adultos e a abordagem em CAPSi não acolhe demandas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas por adolescentes, qual o lugar de cuidado protegido para este público?

Ou melhor, será que cabe falar da existência proposital de um não lugar para estes jovens? Neste trabalho, entendemos que sim. A ausência de espaços de cuidado não é apenas um descuido de gestão, mas sim, um projeto que, dialeticamente, estrutura as bases de nossa sociedade. A ausência, aqui, é entendida enquanto produção ativa, como veremos a seguir.

A partir desses questionamentos, este trabalho se estruturará em outras três seções. Inicialmente, serão abordadas as políticas públicas para a infância e juventude no Brasil, evidenciando as fragilidades e ausências, principalmente quando pensamos a população jovem e negra.

Após, faremos uma reflexão sobre como o racismo afeta o cuidado para a juventude, identificando a cisão entre adolescências brancas e minoridades negras e, conseqüentemente, quais os impactos disso para a sociedade.

Seguindo, faremos um apontamento sobre como esta estrutura racista está presente nos espaços da Rede de Atenção Psicossocial, identificando as ausências no cuidado em saúde mental, principalmente no campo de álcool e outras drogas.

Por fim, apontaremos alguns caminhos possíveis para uma reordenação nas práticas de cuidado, pensando que as ausências devem ser vistas para que se transformem em presenças, pautadas pela lógica da produção de vida.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A JUVENTUDE: QUANDO A AUSÊNCIA SE FAZ NO CORPO DA LEI

Para podermos falar sobre os hiatos presentes na rede de atenção psicossocial para o cuidado de adolescentes que fazem uso prejudicial de drogas, é preciso retomar como, ao longo da história, foram se construindo políticas públicas para esta população no Brasil.

Sancionado apenas na década de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é o principal ordenamento jurídico que orienta sobre o sistema de proteção integral de crianças e adolescentes, as reconhecendo enquanto sujeitos de direitos e cabendo ao Estado garantir a efetivação dos mesmos. (BRASIL, 1990)

Todavia, até a promulgação do ECA, outros ordenamentos jurídicos fizeram valer a tutela do Estado em relação às crianças e adolescentes. Kaminski (2012) irá pontuar que, apesar de existirem tais leis, elas não garantiam o exercício de ações de proteção social, ao contrário,

A legislação social e as políticas públicas para infância e adolescência no Brasil, historicamente, apresentam traços marcadamente elitistas e discriminatórios, frutos da herança cultural europeia transportada ao país juntamente com os primeiros navios de colonizadores portugueses. (KAMINSKI, 2012, p.82)

Uma das primeiras leis a definir rumos para a infância no Brasil foi a Lei do Ventre Livre. Apesar de ser considerada uma lei abolicionista e não exatamente integrar o âmbito da legislação específica sobre infância no país, ela é importante pois confere as bases legais de um projeto de invisibilização da infância negra, visto que esta lei é antes uma forma de desresponsabilização do que de proteção da infância negra. Sancionada em 1871, a lei determinou que os filhos de mulheres escravizadas não estariam mais sob a condição de escravizados. Seriam considerados cidadãos livres, o que, de fato, não efetivou-se, visto que

o cotidiano das crianças escravas e/ou libertas, como categoria social, já é precária desde o nascimento. O direito de viver os seus primeiros dias de vida com a mãe é suprimido, pois a “licença maternidade” da mulher escravizada é de apenas 3 dias. Sua infância não é diferente, não há muito tempo para brincadeiras, a sua inserção no mundo dos adultos escravizados é antecipada. O aparato jurídico que pressupunha a sua

proteção e liberdade as manteve na condição de escravizada, ou sequer lhes proporcionava a liberdade (PORTELA, 2011, p.6)

Considerando o período republicano, é apenas em 1927 foi criada a primeira legislação específica para crianças e adolescentes no país, o Código Mello de Matos. Apesar de ser um marco no que tange a relação entre o Estado e a infância e adolescência, o Código Mello de Matos se faz sobre uma base elitista. Usa-se o termo “menor” para referir-se a jovens das classes populares e, somente a estes, caberia aplicar as determinações da nova legislação. (Perez, Passone, 2010). É importante considerarmos que, apesar de não estar mais em vigência, o Código Mello de Matos deixa cristalizado uma visão “menorista” sobre as juventudes que não fazem parte da classe dominante. Ainda hoje, ao digitarmos o termo “menor” em sites de busca, é possível encontrar manchetes que fazem uso da palavra para referir-se a jovens, em sua grande maioria negros. Assim, este termo, forjado por concepções higienistas e racistas, deu o tom para a construção de políticas públicas para a infância e adolescência no Brasil, fazendo associar adolescências negras e periféricas à criminalidade, como explica Saraiva:

O perverso binômio carência/delinquência, que marcou a lógica operativa deste sistema, e a resultante confusão conceitual, não distinguindo os abandonados dos infratores, até hoje presente na cultura brasileira, foi o fundamento das primeiras legislações brasileiras em relação ao novo direito da criança. (SARAIVA, 2010, p. 40)

De 1930 a 1945, não acontecem grandes avanços na legislação acerca da proteção social de crianças e adolescentes. Nesse período, há a criação do Departamento Nacional da Criança, o Serviço de Assistência ao Menor e da Legião Brasileira de Assistência, “aprofundando práticas higienistas e repressivas, que privilegiava o internamento dos menores como principal tática de contenção e atendimento à criança ou adolescente destituídos de status social.” (PEREZ, PASSONE, 2010, p.656)

Enquanto em 1959 a Organização das Nações Unidas promulgava a Declaração Universal dos Direitos da Criança, no Brasil eram criadas a Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM) e as Fundações Estaduais de Bem Estar do Menor (FEBEM). Em 1979, durante a ditadura civil-militar, há uma reedição do Código de Menores, sem fazer grandes alterações na legislação já

obsoleta de 1920. Houve tentativa de suprimir o termo menor do corpo da lei, o que acabou não efetivando-se. Segundo Kaminski,

a primeira versão do projeto sofreu importantes alterações ao ser analisada pelo Senado, que suprimiu a enunciação de direitos com a justificativa de que ao enunciar direitos estaria interferindo nas competências de determinados ministérios e manteve o termo menor, em detrimento da alteração para criança e adolescente o qual seria mais abrangente e universalizante, exigindo políticas públicas voltadas a esse segmento, não mais apenas às crianças e adolescentes pobres. (...) A manutenção do termo menor no corpo da lei ainda revela a prevalência de valores morais e a ideia de que somente crianças de famílias pobres estariam sujeitas a necessitar de apoio legal, isso pela impossibilidade familiar de atendimento à suas necessidades. (KAMINSKI, 2012, p.89)

É apenas com a reabertura política e com a promulgação da Constituição de 1988 que a legislação acerca dos direitos de crianças e adolescentes vai apresentar um caráter mais progressista. Em 1990 o ECA passa a ser o arcabouço jurídico que versará sobre os deveres do Estado para a infância e adolescência, elencando uma série de direitos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado em 13 de julho de 1990, substituiu a repressiva doutrina do Código de Menores de 1979, e instaurou novas referências políticas, jurídicas e sociais. Ao definir em seus primeiros artigos que “toda criança e todo adolescente têm direito à proteção integral, considerando-os como sujeito de direitos individuais e coletivos, cuja responsabilidade é da família, da sociedade e do Estado” (Brasil, 1990), o país banuiu a categoria “menor” do arcabouço conceitual e jurídico, introduzindo a moderna noção de adolescência e incorporando os preceitos da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, de 1989. (PEREZ, PASSONE, 2010, p. 666)

É inegável que o ECA e a Constituição de 1988 são importantes marcos quando pensamos a política pública para as juventudes no Brasil, todavia, é também inegável que apenas a existência da lei não garante a real efetivação de direitos. Dizer que as ideias menoristas foram erradicadas com a promulgação do ECA é não considerar as estruturas sociais que formam nosso país.

Daniel Teixeira, ao analisar a legislação que versa sobre a infância e adolescência no Brasil irá fazer um resgate histórico das políticas públicas e relaciona esta perspectiva menorista à estrutura racista de nossa sociedade. O autor irá defender que

Não foram necessários muitos anos após a Constituição Federal de 1988 para que os desafios de uma sociedade complexa e desigual

demonstrassem, no entanto, que ainda há um longo percurso para a efetivação dos direitos conquistados na esfera jurídica. As desigualdades sociais que marcam o Brasil fazem com que subsistam paradigmas diferentes a um tempo só. Além da criança, ainda existe o “menor”. E esta diferença é ainda mais evidente quando analisamos as condições de vida de crianças e adolescentes de acordo com seu pertencimento étnico-racial. Constatamos a coexistência de uma infância branca e uma menoridade negra.(...) Essa distinção hierarquiza a existência de dois seres humanos: o “menor” se torna “menos pessoa” que o adolescente. Enquanto o primeiro é marcado pelos estigmas da situação irregular, o último é caracterizado como pessoa em condição peculiar de desenvolvimento, sendo beneficiário de direitos fundamentais a serem protegidos com absoluta prioridade (TEIXEIRA, p.67-68, 2016)

Esta construção simbólica da menoridade negra (Teixeira, 2016), por sua vez, contribuirá para a manutenção da hierarquia social que tem a branquitude¹ enquanto produtora e beneficiária. E esta dinâmica não será diferente nos espaços destinados ao cuidado em saúde mental, como veremos ao longo deste trabalho.

2.1. Sobre as políticas de saúde mental

Com a reabertura democrática, também será instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, garantindo que o acesso à saúde fosse ampliado para a população. Neste mesmo cenário, as políticas de saúde mental passam por alterações significativas. O movimento antimanicomial inaugura modificações na política pública, tendo como um dos marcos a criação dos Centros de Atenção Psicossocial e a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (1989), que mais tarde seria aprovado como a Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado. (FONTE, 2013).

Cabe salientar que é apenas nesse período que irá se falar em direito à atenção em saúde mental para infância e adolescência, estabelecendo o direito à assistência psicossocial às crianças e adolescentes que assim demandarem (BRASIL, 1990).

¹ De acordo com Vainer, “A branquitude é entendida como uma posição em que sujeitos que ocupam esta posição foram sistematicamente privilegiados no que diz respeito ao acesso a recursos materiais e simbólicos, gerados inicialmente pelo colonialismo e pelo imperialismo, e que se mantêm e são preservados na contemporaneidade.” (VAINER, p. 84, 2014). Cida Bento, ao analisar a racialidade branca, irá dizer “que uma boa maneira de se compreender melhor a branquitude é entender a projeção do branco sobre o negro, nascida do medo e cercada de silêncio, fiel guardião dos privilégios. O que se vê comprometido nesse processo é a própria capacidade de identificação com o próximo, criando-se, desse modo, as bases de uma intolerância generalizada contra tudo o que possa representar a diferença.” (BENTO, p. 44, 2002).

Todavia, a pauta da saúde mental de crianças e adolescentes é incorporada de forma tardia nos debates que delinearão a reforma psiquiátrica brasileira, como apontam Maria Cristina Couto e Pedro Gabriel Delgado (2015):

Os caminhos para o desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) no Brasil só foram propostos no início do século XXI. Antes desse momento, o país não dispunha de formulações pelo setor da saúde mental que orientassem a construção de uma rede de cuidados para crianças e adolescentes com problemas mentais, ficando as ações assistenciais, quando existentes, circunscritas à agenda dos setores da assistência social e educação, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais. A política atual de SMCA (...) visa à superação do cenário anterior, no qual, a rigor, crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental ficaram desassistidas ou submetidas a processos de institucionalização externos ao sistema psiquiátrico asilar, que, por décadas, foram invisíveis até mesmo ao vigoroso movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (COUTO, DELGADO, p. 19, 2015)

Ainda, as autoras/es irão mostrar que o tema só entra em pauta a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), ocorrida em 2001. Nesta conferência, a problemática da saúde mental de crianças e adolescentes irá ser amplamente abordada, resultando no reconhecimento deste segmento da população enquanto “sujeitos psíquicos e de direitos”(Couto e Delgado, 2015).

A III CNSM pode ser considerada um marco no que diz respeito à institucionalização de políticas públicas para a saúde mental de crianças e adolescentes, visto que

Apenas dois meses depois da III CNSM, em fevereiro de 2002, foi publicada a Portaria 336/2002 (Brasil, 2002), contendo um capítulo especificamente destinado à criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, os CAPSi. As orientações contidas nessa Portaria são as primeiras na história do SUS com orientações para a SMCA (COUTO, DELGADO, p. 19, 2015)

Apenas em 2011 que será instituída a Rede de Atenção Psicossocial, via portaria 3.088/2011. São componentes da RAPS a atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação social. Cada um destes componentes é dividido em pontos de atenção (BRASIL, 2011). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fazem parte da atenção psicossocial especializada e

eles dividem-se em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPSi. (BRASIL, 2011). Neste trabalho, voltaremos o olhar, principalmente, para os CAPS AD, CAPS AD III e CAPSi, visto que buscamos fazer uma reflexão acerca dos lugares de cuidado destinados à jovens que fazem uso prejudicial de drogas.

Com a RAPS, a saúde mental de crianças e adolescentes passa a compor, de forma institucionalizada, a rede de cuidados em saúde mental no SUS. Todavia, ainda há ausência. Mesmo que o trabalho em rede tenha em seu escopo a previsão de assistência integral à saúde mental de crianças e adolescentes, observa-se um hiato significativo para o acompanhamento de jovens que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas, ora tendo seu cuidado assumido em CAPS AD, ora em CAPSi, ambos dispositivos que não dão conta das demandas específicas desse público. (Paim et al, 2017; Ribeiro et al, 2019) O debate sobre a produção do cuidado em saúde mental para as juventudes será abordado mais especificamente adiante. Neste capítulo, interessou- nos fazer uma breve retomada da constituição histórica das políticas públicas para infância e adolescência no Brasil, visto que situar a construção das leis que versam sobre o cuidado para esta população é fundamental para entendermos quais os projetos em curso para as juventudes no país. A ausência não é recente.

3. ENTRE ADOLESCÊNCIAS BRANCAS E JUVENTUDES NEGRAS: O ABISMO É PROJETO

O uso de sinônimos como estratégia para construirmos um texto que não se torne repetitivo em palavras é um ato quase inerente à escrita acadêmica. Não é diferente com este texto. Todavia, por mais que frequentemente usadas como sinônimos, as palavras adolescência e juventude não necessariamente o são. E, para que se possa continuar com essa escrita, é preciso demarcar a diferença entre estes dois conceitos, apesar de imbricados entre si.

Ao dispormos brevemente sobre a construção das políticas públicas, é possível notar que os documentos oficiais, em sua maioria, lançam mão do termo adolescência para situar o período que compreende a idade dos 12 aos 18 anos,

determinação feita pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. É possível dizer, então, que no Brasil é legalmente adolescente quem está dentro desta faixa etária e, por isso, deveria estar amparado pelo Estado nos direitos que lhe cabe.

De acordo com Costa (2004), a adolescência é um fenômeno da modernidade. Antes da segunda metade do século XX não entendia-se este período como uma fase específica da vida. Havia a puberdade enquanto condição orgânica do corpo, mas a adolescência enquanto fase de transição para a vida adulta passa a ser uma construção pautada pelas transformações econômicas e sociais da Idade Moderna. Assim, constrói-se ao longo dos séculos um ideal de adolescência ocidental e eurocêntrico, aproximando-se de noções biologizantes do processo de desenvolvimento humano.

O conceito de juventude, por sua vez, abarca entendimentos que aproximam-se das ciências sociais e humanas, entendendo este período da vida em relação ao contexto sócio-cultural dos sujeitos, como explicam Silva e Esquerdo (2009):

O termo adolescência parece estar mais vinculado às teorias psicológicas, considerando o indivíduo como ser psíquico, pautado pela realidade que constrói e por sua experiência subjetiva. Ao passo que o termo juventude parece ser privilegiado no campo das teorias sociológicas e históricas, no qual a leitura do coletivo prevalece. Sendo assim, a juventude só poderia ser entendida na sua articulação com os processos sociais mais gerais e na sua inserção no conjunto das relações sociais produzidas ao longo da história (SILVA;ESQUERDO, 2009, p.88)

Ainda,

As teorias sociológicas ocupam outro importante bloco no panorama das concepções acerca da juventude, compreendidas, de modo geral, como o resultado de tensões e pressões que vêm do contexto social, fundamentalmente, relacionadas com o processo de socialização do sujeito e de aquisição de papéis sociais. (SILVA; ESQUERDO, 2009 p. 91)

Neste trabalho, o aparecimento dos termos adolescência e juventude justifica-se por entendermos que, se nas políticas públicas (inclusive as voltadas à saúde mental) há a escolha de priorizar o termo adolescência e, conseqüentemente sua delimitação cronológica, o processo de desenvolvimento dos sujeitos não se dá de forma tão linear. As iniquidades sociais nos fazem entender que o termo juventude seria mais adequado para pautar a construção de políticas públicas que pudessem abarcar as diferenças em experienciar esta fase da vida. Adolescer, em um país tão desigual, ainda é um privilégio, como apontam Silva e Esquerdo:

A juventude de grupos populares urbanos vive de forma intensa a contradição desta sociedade e, ainda, tem que lidar com as expectativas (negativas) sociais geradas sobre eles, resultantes de uma cultura de estereótipos, pré-conceitos, estigmas que acompanham sua inserção de classe. Esses jovens têm vivido um processo de invisibilidade social que os coloca à margem das ações públicas, da participação e do acesso aos espaços públicos. Ganham um lugar social “somente” quando assumem o papel de perturbadores da ordem, de desocupados e violentos e de criminosos. (SILVA;ESQUERDO, 2009, p. 103)

Ao considerar o processo histórico da construção das juventudes no Brasil, Sposito et al (2006) irá fazer um paralelo semelhante ao de Daniel Teixeira (2016), quando este, como vimos, defende que há a construção de uma infância branca e uma minoridade negra. Para os autores, a estrutura social irá refletir na construção das políticas públicas para a adolescência no Brasil,

Defensores dos novos direitos consagrados pelo ECA, atores que na vida pública se dedicam aos adolescentes privados de direitos, ainda são identificados como parte do campo de significados recobertos pela ideia de violência e de vulnerabilidade. (...) Deixando à sombra outros aspectos dos sujeitos jovens – para além de sua vulnerabilidade –, a lógica dominante prevaleceu, reiterando, mesmo que com outras designações, a dissociação, outrora recoberta pela ideia do “menor”. Verifica-se agora a cisão entre adolescentes “vulneráveis ou em situação de risco” e os jovens. Estes últimos começam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos – plenos e legitimados pela sociedade –, e os “outros”, até recentemente cunhados como “menores”, seriam objeto de ações reparadoras ou preventivas de sua provável delinqüência. (...) O tempo livre juvenil aparece como sintoma de perigo, sobretudo quando está pressuposta a imagem do ócio de sujeitos do sexo masculino, pobres e de origem negra (SPOSITO et al, 2006. p. 243)

Um debate que exemplifica esta diferença entre projetos para a juventude no Brasil, que torna-se objetivo a partir da construção de políticas públicas (ou ausência delas) é a discussão sobre a redução da maioria penal, que corriqueiramente volta à pauta das instâncias políticas contemporâneas². A proposição de leis que visam penalizar jovens cada vez mais cedo pode ser entendida enquanto um projeto de Estado que visa uma parcela muito específica da juventude brasileira:

² A Proposta de Emenda Constitucional nº 32, de 2019, cuja autoria é encabeçada pelo Senador Flávio Bolsonaro propõem a redução da maioria penal para 14 anos. A Secretaria Nacional da Juventude do atual governo declarou-se favorável à aprovação da PEC. Até a finalização da escrita deste trabalho, a proposta continua em tramitação. In: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/135977>

Entre 2006 e 2012 pelo menos 33 mil adolescentes entre 12 e 18 anos foram assassinados no Brasil. (BORGES; CANO, 2014) Estes índices elevam-no à posição de segundo país no mundo em número absoluto de homicídios de adolescentes, ficando atrás somente da Nigéria. (UNICEF, 2014) Diante desse quadro, vê-se que não são “os adolescentes e jovens” os principais autores da violência, mas as vítimas de um extermínio cotidiano. A partir dessas considerações, constata-se que a experiência da violência extrema é parte da vivência diária dos jovens brasileiros. Em um país marcado pela desigualdade social e pelo não reconhecimento dos direitos básicos à cidadania – moradia, alimentação, assistência médica, educação, trabalho, saneamento, segurança e justiça social (PINO, 2002) – é inadmissível exigir precisamente da população mais discriminada e majoritariamente privada dessas condições, à qual é negada a apropriação, de fato, dos bens materiais e culturais produzidos socialmente, o ônus pelas mazelas sociais. (SANTOS, 2015, p. 914)

Ao refletirmos sobre as afirmações de Teixeira (2016), Sposito (2006) e Santos (2015), podemos dizer que a herança de uma sociedade colonial reflete nas diferenças sobre como a juventude é entendida no Brasil.

Intencionalmente, criminalizam-se juventudes pobres, periféricas e negras. Quais os efeitos disso na formação subjetiva desses jovens? Qual o impacto dessa estrutura social na saúde mental desses sujeitos? Quais as possibilidades de corpo para esses jovens?

Abrimos, aqui, um importante ponto. Possibilidades de corpo, possibilidades de existência. É sabido que nossa inscrição no mundo se dá a partir das experiências possíveis dentro recortes históricos, culturais e sociais que dão contornos à nossa formação subjetiva. As estruturas sociais produzem lugares de habitação de si e do mundo muito diferentes para sujeitos brancos e sujeitos negros, por exemplo. Isildinha Baptista Nogueira, em “Significações do Corpo Negro (1998) irá defender que a estrutura colonial escravagista na qual fudaram-se bases da sociedade brasileira, por séculos, forçou um lugar de subalternidade ao corpo negro, inicialmente visto como “peça” e, no pós abolição, associado ao conceito de lumpenproletariado. Há a desumanização do corpo negro. Para a autora,

De fato, os atributos físicos que caracterizam o negro, e mais particularmente a cor da pele, expressam as representações que, historicamente, associam a essas características físicas atributos morais e/ou intelectuais que vão corresponder, no espectro das tipificações sociais, àquilo que se instaura na dimensão do distante, ou seja, àquilo que expressa o que está além do conjunto dos valores nos quais os indivíduos se reconhecem. Nessa rede, negro e branco se constituem como extremos, unidades de representação que correspondem ao distante — objeto de um gesto de afastamento — e ao próximo, objeto de um gesto de adesão.

Dessa forma, a rede de significações atribuiu ao corpo negro a significância daquilo que é indesejável, inaceitável, por contraste como corpo branco, parâmetro da auto-representação dos indivíduos. (...) a cultura necessita do negativo, do que recusado, para poder instaurar, positivamente, o desejável. Tal processo inscreve os negros num paradigma de inferioridade em relação aos brancos. (NOGUEIRA, 1998, p.44)

Ao lermos a tese de Isildinha Nogueira, é possível entender como a brancura foi sendo construída, histórica e culturalmente, como ideal de corpo. Estendemos aqui, sem intenção de reduzir o debate, a noção de que a brancura não é somente um ideal para corpos de indivíduos, mas ela organiza a forma como equipamentos de saúde produzem o cuidado. O corpo que tem maiores possibilidades de acesso e circulação à estes equipamentos, não por acaso, é o corpo branco. E, quando voltamos o olhar para as juventudes, esta ausência é ainda mais explícita, o que seguirá contribuindo para a reinvenção de formas de desvalia do corpo negro.

Muniz e Santos (2016) irão apontar que a saúde mental de crianças e adolescentes negros irá ser negativamente impactada pelo racismo, que aparece sob diferentes vieses nos mais variados espaços de circulação, inclusive em instituições de educação e saúde. As autoras irão recorrer à uma série de estudos para demonstrar que o racismo, enquanto fator de vulnerabilização da saúde mental de crianças e jovens negros, irá ser um fator que contribuirá para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade, depressão, problemas com álcool e outras drogas, entre outros. Assim, seguimos nos perguntando: o acontece quando os serviços de saúde não consideram o racismo enquanto fator adoecedor?

Sabemos que as respostas a estas questões não serão esgotadas neste trabalho, dada a complexidade do tema. Todavia, quando nos propomos a pensar a ausência de espaços de cuidado para juventudes que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas dentro da rede de saúde mental, se faz necessário retomar alguns elementos que estruturam nossa sociedade, afinal, as relações que acontecem dentro dos dispositivos de saúde também fazem parte do tecido social. Nesse sentido, olhar para a ausência é, também, olhar para a manutenção da iniquidade na produção de cuidado em saúde mental. A ausência, aqui, passa a ser entendida enquanto produção histórica e social. Não relaciona-se apenas com a falta, mas sim, é vista enquanto produção ativa da presença do Estado que chega a estes corpos através da reprodução de uma lógica punitivista e genocida.

Ao falarmos sobre a presença do Estado para os corpos de jovens negros é

impossível não refletirmos sobre o impacto da guerra às drogas para estes sujeitos. Mesmo que este trabalho não tenha como objetivo central esta temática, tampouco abordar as discussões biomédicas acerca do uso de drogas, entendo que há a necessidade de pontuar que pensar cuidado no campo AD requer a discussão sobre as políticas proibicionistas que estruturam o genocídio da população negra no país. Daniela Ferrugem (2019) irá pontuar que a guerra às drogas produzirá perdas físicas e simbólicas para as comunidades que sofrem de forma letal com este sistema. A autora, ao compor a escrita com a apresentação de dados sobre a morte violenta de jovens negros traz para o debate a ideia de que a guerra, em essência, não é contra as substâncias, mas sim contra as pessoas. Um grupo muito específico de pessoas, cujas vidas são impactadas em muitas dimensões:

Além do risco de homicídio e violência policial, os jovens de periferia sofrem todos os danos dessa guerra às drogas. Em cada conflito armado, ou invasão pela polícia, esses jovens e adolescentes são privados de acesso à escola, ficam sob a mira de armas pesadas e sob o clima de medo e tensão que atinge toda a comunidade. Perdas impossíveis de serem estimadas. (FERRUGEM, 2019, p. 99)

Neste ponto, cabe salientar que o debate sobre o uso de drogas e políticas proibicionistas não é uma discussão recente. Torcato (2015), ao fazer um resgate histórico sobre o proibicionismo no Brasil irá apontar que tais políticas estão intimamente ligadas a movimentos eugenistas ainda na primeira metade do século XX. Neste sentido, é possível apontar que a criminalização do uso de drogas tem como cerne não apenas a proibição das substâncias, tomadas por uma pretensa discussão acerca do que seriam práticas saudáveis, mas sim, a criminalização de grupos sociais que, historicamente, foram marginalizados.

Desta maneira, debater a questão das drogas, é, sobretudo, debater as estruturas socioculturais que pretendem se tornar justificativas para políticas proibicionistas. Se no início do século XX o movimento eugenista deu o tom para a criação de políticas públicas sobre uso de drogas, atualmente, isto se mantém. Sem pretender anacronismos, entendemos que a política eugenista de outrora permanece viva no discurso e nas práticas que impulsionam uma guerra às drogas

que tem como uma de suas consequências mais brutais o genocídio da juventude negra.

A ausência, neste caso, manifesta-se de forma concreta no aniquilamento das vidas destes jovens. Violência que é produto de um Estado que se faz presente nas ausências de políticas públicas possam operar pela via do cuidado e da produção de vida. O Estado, aqui, é presente quando produz a morte e o adoecimento.

Como vimos, esta produção de ausências não é um fato contemporâneo. Ela é estrutural e sistemática. Cria adolescências e juventudes, infâncias e minoridades. Esta cisão acarreta em uma série de desigualdades, as quais, como é sabido, interferem diretamente no que entendemos enquanto produção de saúde mental. Mas porque, então, ainda são escassos os espaços protegidos de cuidado para a juventude dentro da rede de atenção psicossocial? E ainda mais escassos os que destinam-se à jovens que fazem uso prejudicial de drogas? Podemos supor que o silêncio que ronda este debate faz parte desta produção estrutural de ausências que recaem, principalmente, sob os corpos de jovens negras e negros?

4. SOBRE AS AUSÊNCIAS DENTRO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A PRODUÇÃO DE UM LUGAR À MARGEM

Termino o capítulo anterior falando sobre o silêncio que ronda espaços institucionais de cuidado em saúde mental quando a pauta são as estruturas que alimentam a produção de ausências. Mas de qual silêncio falamos?

Antes de seguirmos, é preciso voltar a salientar que as instituições da rede de saúde mental não são dispositivos descolados da estrutura social da qual partem. Considerando que há uma estrutura colonial³ que forma as bases da sociedade brasileira, é possível argumentarmos que os espaços de produção de saúde estão sujeitos a esta mesma lógica.

³ O conceito de colonialidade do poder foi desenvolvido por Aníbal Quijano (1997) com a finalidade de explicar as estruturas sociais que estabeleceram-se nas Américas do Sul pós período colonial. Para o autor, as estruturas coloniais não foram extintas com o fim da dominação colonial na América.

Por mais que existam dentro desses espaços iniciativas de profissionais que busquem romper com esta lógica, pensando formas de cuidado a partir de perspectivas antagônicas à estrutura, entendemos que o problema tem raízes profundas. Há uma lógica colonial, produzida pela branquitude, que entranha-se institucionalmente (e por tantas vezes, silenciosamente) na macropolítica da produção do cuidado.

Grada Kilomba irá trazer para o debate a questão do silêncio. Para a autora, há um silêncio que faz às vezes de segredo. Historicamente, a sociedade colonial faz silêncio àquele que foi colonizado. Há um medo de se revelar verdades como o racismo e o colonialismo. Com o silêncio, há a tentativa de manter tais segredos no campo do desconhecido (KILOMBA, 2019). Silenciar, portanto, é contribuir à lógica do não pertencimento.

O falar e o silenciar emergem como um projeto análogo. O ato de falar é como uma negociação entre quem fala e quem escuta, isto é, entre falantes e suas/seus interlocutoras/es (Castro Varela e Dhawan, 2003). Ouvir é, nesse sentido, o ato de autorização em direção à/ao falante. Alguém pode falar (somente) quando sua voz é ouvida. Nessa dialética, aquelas/es que são ouvidas/os são também aquelas/es que “pertencem”. E aquelas/es que *não* são ouvidas/os se tornam aquelas/es que *não* pertencem. (KILOMBA, p.42-43, 2019)

A colonialidade, portanto, é algo que está além do colonialismo enquanto período histórico. De acordo com Assis (2014), Quijano desenvolve a ideia de *“colonialidade do poder, como um modelo de exercício da dominação especificamente moderno que interliga a formação racial, o controle do trabalho, o Estado e a produção de conhecimento. Em outras palavras, a colonialidade do poder é a classificação social da população mundial ancorada na noção de raça, que tem origem no caráter colonial, mas já provou ser mais duradoura e estável que o colonialismo histórico, em cuja matriz foi estabelecida.”* (Assis, p. 614, 2014). Lélia Gonzalez, intelectual brasileira, irá dialogar com a teoria de colonialidade do poder traçada por Quijano, porém, interseccionando esta com uma perspectiva de raça e gênero. Silva (2019), ao analisar a obra de Gonzalez, irá definir que a autora *“constata que há razões de ordem geográfica e do inconsciente que motivam o Brasil a afirmar-se enquanto aquilo que não é: um país de formação exclusivamente branca e europeia. Utilizando a categoria psicanalítica de denegação defende a perspectiva de que ,o racismo “à brasileira”, ao voltar-se contra os negros, seria um sintoma da “ladinoamefricanidade” do país, ou seja, ao contrário do que considera sobre si mesmo, o Brasil compõe uma América Ladina, uma América Africana, em que todos os brasileiros seriam, na verdade, ladinoamefricanos. (...) A autora faz um retorno ao racismo enquanto “ciência” do colonialismo europeu da segunda metade do século XIX, que em razão da resistência dos colonizados, assumirá uma face mais sofisticada nesse período, mascarando a violência que lhe é inerente, porém preservando o objetivo de levar os colonizados a internalizarem a ideia da superioridade branca europeia.”* (SILVA, p.148, 2019)

Retomaremos a questão do silêncio adiante. Por hora, cabe-nos a reflexão sobre o não pertencimento, a partir do olhar para os dispositivos de cuidado em saúde mental. Como já foi falado, quando pensamos na produção de saúde mental dentro dos dispositivos da RAPS, há a ausência (ou escassez) de espaços que pensem o cuidado para adolescentes que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. Os CAPS AD, majoritariamente, são pensados para o acolhimento de adultos. Os CAPSi, por sua vez, voltam-se, prioritariamente, ao atendimento de crianças, como apontam Ribeiro *et al* (2019), em pesquisa sobre as demandas de adolescentes que fazem uso prejudicial de crack:

O aumento do número de adolescentes com problemas relacionados ao uso de drogas que necessitam de intervenção do CAPSi, vem modificando a demanda de atendimento desses serviços. Esse cenário, trouxe aos profissionais novos desafios, entre eles a necessidade de maior compreensão sobre as questões que envolvem o uso de drogas na infância e adolescência e a construção de intervenções que viabilize a integração do cuidado a diferentes públicos nesse serviço. Pesquisa realizada com adolescentes usuários de crack apontou que o CAPSi possui dificuldades para lidar com essa demanda, sendo que a responsabilidade por esse público, muitas vezes, é delegada apenas a um profissional específico do serviço. Denota-se que há carência de recursos humanos e materiais, reproduzindo-se, frequentemente, o modelo hospitalocêntrico de atenção. Esse modo de trabalho compromete a proposta terapêutica do serviço na prestação do cuidado integral (...) Atualmente, o CAPS AD é o serviço da RAPS que apresenta maior registro de atendimentos aos adolescentes com transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas. No entanto, quando o adolescente é atendido no CAPS AD, juntamente com os adultos, observa-se uma tentativa dos profissionais tratá-lo como adulto. Dessa forma, possivelmente, há prejuízos ao adolescente, que apresenta características físicas, sociais e psicológicas ainda em desenvolvimento. Esse fato pode estar associado à baixa adesão dos adolescentes ao serviço e à precarização de estratégias terapêuticas desenvolvidas nos serviços, no que se refere ao atendimento juvenil. (RIBEIRO *et al*, p. 6-7, 2019)

Observa-se que, apesar de legalmente existirem espaços que devam acolher jovens que façam uso prejudicial de drogas, estes não voltam-se para as especificidades do cuidado com este público. Produz-se um lugar de não pertencimento aos serviços tradicionais de cuidado em saúde mental. A juventude passa a habitar um “limbo” dentro da rede, ocupando um “entre” por vezes indefinido entre CAPSi e CAPSAD. Se este não é o “público alvo” de ambos os serviços, onde o acolhimento se dá? Salientamos que, nos serviços da rede, existem profissionais

comprometidos em pensar o cuidado para a juventude, porém, se a RAPS não dá suporte para ações que, frequentemente, são individuais, a amplitude de ação dos trabalhadores barrará nas limitações da própria rede.

O que pretendemos ao olhar para as ausências é identificar não apenas quais corpos não estão presentes nos espaços de cuidado em saúde mental e/ou quais corpos que, mesmo presentes, não são olhados. Perceber as ausências, neste trabalho, também significa entender que esta falha da rede perpetua um movimento que desinveste em estratégias de cuidado em saúde mental para as juventudes e, aqui, cabe dizer o óbvio: a categoria juventudes não é homogênea.

David (2018), irá demonstrar que a história da psiquiatria brasileira carrega em seu escopo práticas racistas. O conceito de menores delinquentes estava atrelado ao recorte de raça e à políticas higienistas praticadas de forma legal durante a primeira república. Neste período, a manicomialização de pessoas negras foi consideravelmente superior à de pessoas brancas, justificada por um projeto de “psicopatologização da população negra, comprovando uma falaciosa ideia de inferioridade e periculosidade” (DAVID, p.47, 2018).

As bases históricas desse processo, como vimos, corroboram para que iniquidades na produção de saúde atinjam de maneira ainda mais intensa jovens negras e negros. Se a ausência de espaços de cuidado para jovens que fazem uso prejudicial de drogas é sentida por todas e todos que necessitam destes espaços, é inegável que ela recai de forma muito mais violenta para as juventudes negras.

Se analisarmos de forma isolada o uso prejudicial de drogas, um dos temas deste trabalho, há um imperativo de um discurso proibicionista que estigmatiza usuárias e usuários. Mas poderíamos simplesmente dizer que este estigma recai sobre todos os corpos da mesma maneira? Se seguirmos a mesma linha narrativa até aqui, é evidente dizer que não. Para entender o impacto da ausência de espaços protegidos de cuidado para jovens que fazem uso prejudicial de drogas, necessitamos interseccionar as categorias idade, uso e raça. Juventudes negras que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas experimentam um lugar onde a estigmatização decorrente do uso é amplificada pelo recorte da raça. Assim, a quem interessa produzir ausências no cuidado?

Mesmo que existam esforços de profissionais para construir uma clínica que consiga partir da intersecção entre idade, raça, classe e gênero para pensar o

cuidado das juventudes, é preciso salientar que estes movimentos ainda são individualizados. Ou seja, ainda existem poucos esforços institucionais para pensar a problemática da raça como um determinante para a saúde mental. E, quando retomamos historicamente a construção das políticas públicas para as juventudes, este debate é ainda mais escasso. Ao abordar o racismo dentro dos espaços de produção de saúde, David (2018), irá dizer que

o racismo institucional na esfera da saúde tem efeitos decisivos no completo raio da vida, do nascimento até a morte: “a invisibilidade das doenças que são mais prevalentes nestes grupos populacionais, a não inclusão da questão racial nos aparelhos de formação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, assim como o acesso aos insumos” (KALCKMANN et al., p. 148). Todos esses efeitos incidem nas diferenças brutais na qualidade de vida de brancos e de negros/indígenas. Para Tavares, Oliveira e Lages (2013, p. 584): “o racismo institucional na saúde aparece de forma sutil na linguagem e no comportamento dos funcionários”. Para Kalckmann et al. (2007), não é incomum os profissionais de saúde minimizarem as demandas de cuidado apresentadas pela população negra. Esses autores consideram que a “ideologia do dominador” se faz cotidiana nos equipamentos de saúde, por meio da figura do profissional, que inconscientemente vincula práticas racistas calcadas em uma ideologia de subalternidade da população negra. Os profissionais de saúde acabam reproduzindo as relações raciais hierarquizadas construídas ao longo de centenas de anos, associando cor da pele à posição hierárquica inferior, ao baixo poder aquisitivo e distinguindo condutas de cuidado entre as populações negra e branca. Observa-se que esses estudos indicam que esse fenômeno não é exclusividade dos equipamentos de saúde pública, incluindo planos de saúde diversos. Resultando no desinvestimento em saúde na população negra, que passa a desacreditar do cuidado oferecido, além da não identificação com as propostas clínicas, não colaborando com um processo de identidade racial e subjetiva (KALCKMANN et al., 2007). (DAVID, p. 67-68, 2018)

Quando não falamos sobre o racismo e quando não são oferecidos espaços de cuidado adequados às juventudes de forma ampla na rede de saúde mental, há a manutenção do silêncio sobre determinados corpos. Há a produção daquilo que nomeamos como tecnologia da ausência, que faz da exclusão do cuidado um projeto.

Entendemos que a ausência enquanto tecnologia opera pela via da necropolítica e, justamente por isso, faz parte de um projeto. Segundo Mbembe (2018), um dos pilares da necropolítica é a construção da soberania a partir da ordem das vidas que importam ou não, das pessoas descartáveis e, por isso, matáveis (MBEMBE, 2018). Na rede de saúde mental, entende-se que a necropolítica também opera na manifestação da inacessibilidade de certos sujeitos a

determinados espaços. Produzir ausências, nesse sentido, interessa para a manutenção de um projeto de Estado que tem alicerces na necropolítica. Não cuidar corrobora para que os índices de assassinatos da população jovem e negra sigam crescendo no Brasil, tornando estes os “descartáveis”, as vidas matáveis.

Talvez nos soe pesado dizer que a necropolítica também adentra os espaços institucionais de cuidado em saúde mental. Como que dispositivos que partiram da luta antimanicomial ainda reproduzem lógicas excludentes? Não queremos aqui estabelecer anacronias, tampouco comparar os atuais dispositivos da rede de saúde mental com os manicômios existentes nas décadas anteriores. Sabemos e reconhecemos os avanços da reforma psiquiátrica. O que queremos dizer é que a reforma, mesmo que indiscutivelmente necessária, não foi capaz de pensar o 26 cuidado em saúde mental para uma parcela importante da população. E, neste trabalho, temos visto que o cuidado para jovens que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas pouco foi pautado na institucionalidade do cuidado. E, quando pensamos nas/nos jovens negras e negros, esta exclusão é ainda maior.

De acordo com Marlete Oliveira (2020), em fala realizada para o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, é preciso voltar o olhar para as práticas que temos adotado nos espaços tradicionais de cuidado, como os CAPS. Para a pesquisadora, a mão que construiu o manicômio é a mão colonial e ela está não só na estrutura, como também nas nossas práticas cotidianas. Assim, o quanto ainda há de colonizador naquilo que entendemos enquanto terapêutico? Porque a reforma antimanicomial ainda não chegou às juventudes negras? Poder discutir sobre estas ausências é uma tentativa de romper com o silenciamento e de questionar a manutenção de estruturas coloniais nos dispositivos de cuidado em saúde mental.

Para trazermos exemplos concretos da estrutura colonial nos espaços de saúde, recorreremos à dissertação de Emiliano de David (2018). Ao tomar o marcador raça/cor para analisar os atendimentos de um CAPSij da cidade de São Paulo, o pesquisador constatou três principais aspectos:

- 1) a alta quantidade de usuários que não declararam sua raça/cor; 2) a baixa quantidade de negros (junção de pretos e pardos) atendidos em relação aos brancos, em um território que a comunidade negra se faz tão presente; e 3) a baixa quantidade de atendimento de pessoas que se autodeclararam pretas, quando comparada às outras cores. (DAVID, p. 92, 2018)

Ainda, neste mesmo CAPSij

Os(as) brancos(as), em sua maioria, estão nos postos de técnicos e na gerência. A maioria dos(as) negros(as) (somatória de pretos e pardos) ocupam cargos e funções de terceirizados e não técnicos. Observa-se que, em um equipamento no qual a presença de profissionais do sexo feminino é maciça (são 24 mulheres e 10 homens, no total), o cargo de gerência é ocupado por um homem. (DAVID, p.97, 2018)

Sabemos que estes dados falam especificamente do CAPSij no qual a pesquisa desenvolveu-se. Mas ao transitarmos pelos espaços da rede de saúde mental, é fácil perceber as semelhanças com o cenário descrito na pesquisa. Outro elemento levantado por David fala sobre o peso dos diagnósticos para crianças e jovens negras e negros. Historicamente, os diagnósticos em saúde mental carregam uma carga estigmatizante. Por vezes, o excesso de medicação vem como um estratégia de controle e docilização dos corpos de crianças e jovens. Há, ainda, muitas práticas coloniais, racistas e manicomiais no cuidado contemporâneo em saúde mental:

o manicômio historicamente foi uma das estratégias políticas de poder e de controle que afastou o negro não só da sociedade, mas também da possibilidade de se identificar racialmente de maneira positiva. As paredes das grandes prisões manicomiais têm sido derrubadas na contemporaneidade; contudo, para a população negra novas tecnologias manicomiais têm sido estrategicamente reinventadas: o sistema judiciário, que interna na maioria negros compulsoriamente; as instituições de segurança pública, ainda militarizadas, que promovem o genocídio da população preta, sendo em sua maior parte jovens, homens e pobres; a medicina psiquiátrica com contemporâneos diagnósticos que rotulam crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, em sua maior parte, negros periféricos. Diagnósticos de transtornos de conduta, hiperatividade e transtorno desafiador-opositor, por exemplo, fazem de crianças e adolescentes negros cobaias experimentais de psicotrópicos e das instituições farmacológicas. Há, ainda, as comunidades terapêuticas, que imperativamente aplicam preceitos religiosos (na sua maioria neopentecostais e católicos) como pseudotratamentos, atingindo diretamente a cultura afro-brasileira e reconhecendo manifestações espirituais características das religiões de matriz africanas ou afro-brasileiras como demanda de “tratamento”. (DAVID, p.136, 2018)

Portanto, se ainda existem fazeres dentro dos espaços de cuidado que mantém estruturas coloniais e racistas, produzir um lugar à margem dentro da rede de saúde mental para a juventude é seguir a linha da exclusão, da política de morte. Não cuidar, principalmente para a juventude negra, significa criar impedimentos para

a projeção do futuro, da vida.

Soma-se à este cenário, a falta de investimentos em políticas públicas no campo da saúde mental que sejam justas com as demandas destes jovens. Entendemos que há uma lógica adultocêntrica que impera na rede de cuidados para pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Há uma fragmentação que não permite que o jovem que faça uso prejudicial de drogas possa ser olhado, dentro da rede, a partir de sua idade. A escolha no fluxo de encaminhamentos para o tratamento em CAPSAD (que, majoritariamente, organizam-se a partir das necessidades de um público adulto) não considera este jovem a partir de sua idade, mas sim a partir da condição de ser usuário de drogas. Nesse sentido, a garantia de acolhimento em CAPSAD, assegurada em lei, não significa que de fato haja um investimento na juventude. Esta lógica adultocêntrica é problemática não apenas porque prioriza o atendimento de pessoas adultas, mas também porque a constituição dos serviços é pensada por adultos. Não há espaço para o protagonismo da juventude e, quando há tentativas de tal, não raro são entendidas sob o viés de comportamentos problemáticos.

Seguindo, se por um lado, há esta ausência de políticas públicas para a juventude campo da saúde mental, por outro, há um investimento no campo da segurança pública em pensar políticas voltadas à estas vidas - e, principalmente, à juventude que habita nas periferias urbanas. De acordo com Soares (2011), o investimento em políticas de segurança pública tem sido um dos elementos centrais da agenda do Estado brasileiro para com a juventude periférica. Para o autor, este movimento vem como resposta à um sentimento de insegurança que se instala na sociedade contemporânea, e que vê nos homens jovens e pobres, o principal agente da violência:

O problema da juventude – com ênfase especial na juventude que vive em periferias urbanas –, quando colocado na perspectiva da criminalização e/ou da vitimização, é uma construção discursiva (científica, midiática e política). Essa afirmação não significa deixar de reconhecer que existem comportamentos e situações violentas cujos autores são jovens, e que estes podem ser mais ou menos numerosos segundo os diferentes momentos e territórios. Estou apenas dizendo que, qualquer que seja o modo como eventos relacionados a esses grupos se desenvolvam, eles – sobretudo os homens jovens – são representados e/ou assumidos como problemáticos nos discursos públicos, que posicionam determinados sujeitos, de determinados extratos sociais e de determinados territórios, como ameaças (e/ou como vítimas) potenciais à ordem instituída. (...) Assim, muitas das políticas e dos programas direcionados à juventude,

acabam por assumir e reiterar uma equação que relaciona determinados problemas (violência, infrações diversas, uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas etc.) a uma essência que, de certa forma, aprisiona e reduz a composição complexa e multifacetada de identidades juvenis masculinas, mas também femininas, de periferias urbanas. (SOARES p.91-92, 2011)

Este paralelo entre a disparidade de investimentos do Estado em políticas de saúde ou assistência social e políticas de segurança pública nos faz questionar sobre quais as possibilidades de expressão de cuidado à que as juventudes pobres e periféricas, principalmente, estão submetidas.

Se faz necessário, portanto, olhar para a constituição da RAPS considerando as ausências. Quando olhamos para a reforma manicomial sem considerar a estrutura social que tem bases em um projeto colonizador, há a criação de lugares à margem para corpos que, historicamente, foram excluídos das políticas de cuidado e, conseqüentemente, a manutenção de estruturas coloniais dentro dos serviços, que, não raro, excluem do repertório do cuidado práticas não validadas pela branquitude.

De acordo com Gomes (2019), se buscamos pensar um cuidado em liberdade em saúde mental, é preciso extrapolar os limites da luta antimanicomial. Em *“Encontros antimanicoloniais nas trilhas desformativas”* (2019), Gomes irá mostrar que não basta que a reforma seja apenas manicomial. Para a autora, se faz necessário que a reforma seja antimanicolonial, pois o que fundamenta o manicômio são estruturas que estão para além desta instituição. O manicômio é um equipamento que faz cumprir as normas racistas e colonialistas de nossa sociedade. E estes equipamentos reinventam-se ao longo da história. Elegem-se inimigos a serem temidos e controlados. Produzem-se corpos encarceráveis e matáveis, porque estão fora da norma idealizada na branquitude.

Em uma sociedade racista, pessoas negras sempre estarão fora da norma, submetidas a processos de desumanização. Nossa história está cheia de exemplos dessa política de extermínio. Stela do Patrocínio, poeta brasileira, foi dita louca aos 21 anos, quando arbitrariamente foi abordada pela polícia e levada a um processo de psiquiatrização que a privou da liberdade por 26 anos. Stela era uma jovem negra. Sandro Barbosa do Nascimento, sobrevivente da chacina da Candelária⁴, foi feito bandido aos 21 anos por um cruel espetáculo midiático conhecido como

“sequestro do ônibus 174”. Como desfecho, Sandro foi morto pela polícia. Sandro era um jovem negro. Aceita-se patologizar e prender Stela no manicômio. Aceita-se deixar um menino negro, sobrevivente de uma chacina, crescer a própria sorte, transformá-lo em bandido e matá-lo. Aceita-se desumanizar estas existências. Mas cuidar, é aceito? Ou melhor, pensamos em como cuidar sob um paradigma onde Stelas e Sandros possam existir e projetar futuros?

Para tal, é preciso entender

que o cuidado em saúde mental coletiva urge identificar detalhar quem são as pessoas no Brasil que são alvo das políticas de encarceramento nos cids, prisões, manicômios, gênero, escolas, orientações sexuais, religiosidades, espiritualidades, profissões, futuros. Entendendo que se ocupamos espaços de poder nos serviços de saúde, é preciso abrir e entender os sentidos: o que enxergamos, o que escutamos e o que falamos e como comunicamos esses sentidos. (GOMES, p.4, 2019).

A escrita de Bárbara Gomes dialoga com o pensamento de Antônio Bispo, professor, pesquisador e liderança quilombola. O colonialismo, enquanto sistema que estrutura o Estado brasileiro, não finda com decretos, promulgação de leis ou aniquilamento de instituições como o manicômio, por exemplo. Acaba-se com o colonialismo (e suas mazelas) a partir de mudanças nas ações cotidianas, em nossos comportamentos. (BISPO, 2019). Nesse sentido, é possível, então, construirmos caminhos antimanicoloniais nos lugares em que atuamos dentro da rede de atenção psicossocial?

⁴ Em 1993, sete policiais militares dispararam contra um grupo de crianças e jovens em situação de rua, que dormiam em frente à Igreja da Candelária, localizada no centro do Rio de Janeiro. Como resultado, oito dessas crianças e jovens foram assassinados.

5. A JUVENTUDE COMO POTÊNCIA: APONTAMENTOS PARA UM CUIDADO POSSÍVEL

*olhei para o passado
as folhas dos calendários
caindo
é preciso plantar cedo sua árvore
pra mais tarde ter uma sombra
que lhe agasalhe*

(Miró da Muribeca)

Gosto da poesia de Miró da Muribeca. Não à toa seus versos abrem e fecham este texto. Na epígrafe, o encontro com Carla, cuja história é tão parecida com a de tantas jovens brasileiras. Neste último capítulo, há no poema um desejo de futuro. E é desta forma que pretendo encerrar esta escrita. Intencionando caminhos possíveis para pensar um cuidado em saúde mental onde caibam Sandros, Stelas e Carlas. É hora plantar as árvores que nos servirão de agasalho.

Não quero com isso falar de um futuro utópico (apesar dos tempos exigirem a fé em utopias), mas sim de futuros construídos a partir das vivências possíveis dentro dos espaços pelos quais circulamos enquanto trabalhadoras da rede de saúde mental. É um futuro com os pés no aqui.

Como vimos ao longo deste trabalho, as ausências que estão presentes quando pensamos o cuidado para juventudes negras são muitas. Não há investimentos em políticas públicas que consigam dar conta das demandas de jovens que façam uso prejudicial de drogas, é fato. Não há, dentro da rede, um espaço que se volte as especificidades desse cuidado. Contudo, isto não significa que o cuidado não possa ser feito. Não podemos, tampouco devemos, esperar a criação de políticas e espaços que sejam justos às demandas destes jovens. É preciso descristalizar as políticas públicas, reconhecer o cuidado produzido e gestado nas comunidades, por e entre as juventudes e reinventar as práticas nos espaços da rede de saúde mental para que sejam adequadas às demandas atuais da juventude. Questionar, cotidianamente, o que podemos fazer com as políticas já existentes. Não há tempo de espera para uma população que diariamente é alvo de um projeto de morte encabeçado pelo Estado.

Alvo. Palavra forte. Palavra enraizada em nosso vocabulário. Palavra que

utilizei nesse texto. “População alvo”. Foi esta a expressão. Em orientação, me foi feita a provocação: “o que significa para a população negra ser alvo de algo?”. Considerando que alvo denota a algo a ser atingido, e quando falamos em juventudes negras, a cada 23 minutos⁵, uma vida é alvo fatal da violência, será que cabe seguir mantendo no corpo do texto aquela expressão? Cabe, justamente para poder questioná-la aqui. Pensar em práticas antimanicoloniais nos serviços de saúde exige movimentos que também questionem este jogo de construção linguística. Da mesma forma que neste trabalho falamos em juventudes como uma ética de rompimento com ideais menoristas, defendemos a importância de reordenar a palavra junto com o ato. Não dizer mais “público alvo”, mas sim “público prioritário”, desloca aquilo que é dito para um lugar de acolhimento. Escolher a expressão público prioritário passa a fazer sentido quando dentro dos serviços conseguimos identificar as populações que, historicamente, foram privadas de acessar o cuidado em saúde mental e, justamente por isso, devem tornar-se nossa prioridade.

E priorizar não significa apenas garantir o acesso, mas esforçar-se em construção de estratégias que viabilizem a permanência dos jovens nos serviços. Romper com a lógica adultocêntrica dos CAPS pode ser um dos caminhos para tal. De que forma temos ocupado a posição de “profissionais da saúde” em relação aos jovens que acompanhamos? Nós, enquanto técnicos, terapeutas, gestores e adultos, temos conseguido agir com alteridade em relação às juventudes que acessam os serviços? E com alteridade não quero dizer empatia, mas sim formas de garantir que os jovens possam falar sobre si, sobre o que sentem e o que querem. E que, principalmente, estas falas tomem corpo em nossas ações. É momento de inverter o que está dado. Que nós, enquanto profissionais da saúde, entendamos que o serviço não está no território como um lugar para salvar as pessoas e a comunidade. Aliás, se entender enquanto salvador é, sobretudo, uma postura colonialista.

⁵ De acordo com o Atlas da violência no Brasil, 75,7% das vítimas de homicídio no país, durante o ano de 2018, eram negras. Pessoas negras tem uma chance de 2,7% maior de serem assassinadas do que pessoas não negras. (IPEA, 2020)

Ao falar em território, é preciso questionar: quais territórios e comunidades são reconhecidos e fortalecidos pelos CAPS? De que forma o CAPS permite-se ser permeado pela vida que acontece fora? Motimele e Ramugondo (2014) irão dizer sobre a potência das ocupações coletivas. Para as autoras, se existem processos coletivos que desumanizam, como é o exemplo da violência, também existem outros que podem humanizar. O compartilhamento da vida em comunidade é um destes processos que humanizam. Ao compartilhar, há a possibilidade de reconstruir sentidos positivos sobre si (MOTIMELE; RAMUGONDO, 2014). Dessa forma, há a intenção de conhecer e reconhecer as produções coletivas das juventudes que habitam e circulam pelo território do CAPS? Se sim, de que forma estas produções chegam ao serviço de saúde mental?

Se entendermos que há muita potência nas produções das juventudes, reconheceremos que é preciso permitir que a juventude acesse os serviços de saúde mental para além da lógica da patologização. Dizer de si, para si e para outro. A partir de suas experiências, da sua autonegação, o cuidado pode surgir. O acesso e a permanência nos espaços da rede de saúde mental se dá a partir do protagonismo. Os saberes das juventudes podem ser valorizados como instrumentos de cuidado. Quais oficinas podem ser facilitadas pelos jovens que acessam os serviços? Como seus saberes podem compor a estruturação do serviço?

Falar de si é um dos elementos para pensarmos a contratualidade, palavra que faz parte do repertório comum para quem trabalha com saúde mental. Ao pensarmos sobre o que entendemos por contratualidade em um serviço de saúde, precisamos observar se ela, de fato, acontece com jovens negras e negros que acessam os serviços da rede. Se faz necessário um esforço para que a máscara do silenciamento que sistematicamente se impõe às juventudes não faça parte das condutas terapêuticas (mesmo que isso ainda ocorra). E, vale ressaltar, que esta máscara recai com ainda mais violência às juventudes negras e pobres. É preciso reorientar as práticas para que a contratualidade da verbalização seja respeitada e considerada enquanto uma prática de cuidado. Saber que o plano terapêutico singular não é para o jovem, mas sim, deve ser construído com, fugindo de perspectivas tutelares.

Se o silenciamento e a violência ainda pesam sobre a vida de jovens negras e negros, é preciso estreitar os laços entre o cuidado e a proteção. Cabe aos serviços de saúde mental entender que é necessário tomar a proteção destes jovens como responsabilidade também da saúde. As redes de saúde e assistência precisam agir de forma menos fragmentada se pretendemos um cuidado ampliado para estes corpos.

Da mesma forma, ampliar a clínica também perpassa repensar os diagnósticos. Como vimos, quando crianças e adolescentes negras e negros recebem diagnósticos, eles não raro estão ligados à uma perspectiva minorista dessas infâncias e juventudes. Quando necessários, os diagnósticos devem ser realizados com vistas a abrir portas para o cuidado, através da escuta e investimento terapêutico em crianças e jovens negras e negros (OLIVEIRA, 2020). Repensar o cuidado, a proteção, os diagnósticos significa investir na potência de vida destas juventudes.

Não pretendemos, com esta escrita, compor um manual sobre terapêuticas. Não há uma única forma de cuidar, afinal, dentro das juventudes há muita pluralidade. E dentro do que se entende por cuidado, também. O que pretendemos é lançar um olhar sobre as ausências dentro da rede de saúde mental e nas políticas públicas. E o quanto, em nossas práticas, podemos manter ou questionar o que está dado. Abrir caminhos para que os espaços institucionais de cuidado em saúde mental abram-se a outras experiências do cuidar, com base no território vivo, nas ações cotidianas, nos saberes das juventudes. E, sobretudo, que não naturalizemos as ausências.

6. REFERÊNCIAS

ASSIS, W. Do colonialismo à colonialidade: expropriação territorial na periferia do capitalismo. **Caderno CRH**, v. 27, n.72, p.613-627, set./dez., 2014.

BENTO, M. **Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público**. 2002. 185p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL, Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 2013.

CONFLUÊNCIAS: o modo quilombola de vida, e a sociedade no século XXI - Antônio Bispo. [S.l.: s.n.]. 16 dez. 2019. 1 vídeo (21 min). Publicado pelo canal ColaborAmérica TV. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=CQoJOiHYaTY&t=3s&ab_channel=ColaborAmericaTv. Acesso em: 07 mar. 2021.

COUTO, M ; DELGADO, P. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, n. 1, jan.-jul. 2015.

DAVID, E. **Saúde mental e racismo: a atuação em um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil**. 2018. 168 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

FERRUGEM, D. **Guerra às drogas e a manutenção da hierarquia racial**. Belo Horizonte: Letramento, 2019.

FONTE, E. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, v. 1, n. 18, mar. 2013.

GOMES, B. **Encontros antimanicoloniais nas trilhas desformativas**. 2019. 44p. Trabalho de Conclusão de Residência (Especialização em Saúde Mental Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

IPEA. Atlas da violência 2020: principais resultados. Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/62/atlas-da-violencia-2020-principais-resultados>. Acesso em: 09 mar. 2021.

KAMINSKI, J. Menores e crianças: uma breve análise da história da infância e adolescência no Brasil. **Akrópolis**, v.20, n. 2, p. 81-92, abr./jun. 2012.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1, 2018.

MIRO; MELO, W (org.). **Miró até agora**. Recife: Cepe, 2016.

MOTIMELE, M.; RAMUGONDO, E. Violence and healing: exploring the power of collective occupations. **International Journal of Criminology and Sociology**, n.3, p.388-401, 2014.

MUNIZ, E.; SANTOS, S. Impacto do racismo na saúde mental de crianças e adolescentes negros. In: TEIXEIRA, Daniel; SILVA, Hédio (orgs.). **Discriminação racial é sinônimo de maus tratos: a importância do ECA para a proteção das crianças negras**. São Paulo: Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades- CEERT, 2016

NOGUEIRA, I. **Significações do Corpo Negro**. 1998. 143 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

PEREZ, J., PASSONE, E. Políticas sociais de atendimento à crianças e adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago. 2010

PAIM, B. *et al.* Atendimento ao adolescente usuário de substâncias psicoativas: o papel do centro de atenção psicossocial. **Cogitare Enferm.**, v.22, n.1, p. 01-07, 2017.

PORTELA, D. Projetos educacionais para a infância brasileira a partir da promulgação da Lei do Ventre Livre: (1871-1879). **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História –ANPUH**, São Paulo, julho 2011.

RIBEIRO, J. *et al.* Especificidades do cuidado ao adolescente usuário de crack assistido na rede de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery**, v. 2, n. 23, 2019.

SANTOS, S. Da redução da idade penal à equação do tempo: notas críticas contra as propostas que rechaçam princípios constitucionais. **Educ. Soc.**, Campinas, v.36, n. 133, p. 909-926, 2015.

SARAIVA, J. B. C. **Adolescente em conflito com a lei: da indiferença à proteção integral**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SAÚDE MENTAL e processos de resistência: colonialismo e antirracismo por vozes negras femininas - Liziane Guedes, Marlete Oliveira e Kahamy Ædetta. 1

vídeo (130 min). Publicado pela página do Fórum Gaúcho de Saúde Mental no Facebook. Disponível em:

https://www.facebook.com/watch/live/?v=283193299434736&ref=watch_permalink. Acesso:20 de fev. 2021.

SCHUCMAN, L. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n.1, p.83-94, 2014.

SILVA, C; ESQUERDO, R. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v.17, n.2, p.87-106, 2009.

SILVA, E.; BRAGA, J., VENTURINI, M.. Inês de Castro: da crônica ao mito pela poética da ausência. **Interfaces**, v.8, ed. especial, p. 69- 79, 2017.

SILVA, M. Da crítica da América Lática à América Latina crítica: para uma genealogia do conhecimento a partir de Lélia Gonzalez. **Cad. Gên. Tecnol.** v.12, n. 40, p. 143-155, jul./dez., 2019.

SOARES, J. **Juventudes governadas: dispositivos de segurança e participação no Guajuviras (Canoas-RS) e em Grigny Centre (França)**. 2011. 290 p. Tese (Doutorado em Educação e Antropologia Política) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SOUZA E SILVA, M.; SCHRAIBER, L., MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n.1, p.1-19, 2019.

SPOSITO, M. *et al.* Juventude e poder local: um balanço de iniciativas públicas voltadas para jovens em municípios de regiões metropolitanas. **Rev. Bras. Educ.**, v.11, n.32, p.238-371, 2006

TEIXEIRA, D. De “menor” a “criança”: menoridade negra, infância branca e genocídio. In: TEIXEIRA, Daniel; SILVA, Hédio (orgs.). **Discriminação racial é sinônimo de maus tratos: a importância do ECA para a proteção das crianças negras**. São Paulo: Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades CEERT, 2016.

TORCATO, C. E. Breve história da proibição das drogas no Brasil: uma revisão. **Inter-Legere**. n.15, p. 138-162, 2015.